



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna



Policlinico S. Orsola-Malpighi

Centro Studi EBN



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

CAT DI REVISIONE SISTEMATICA

Quesito: la preparazione psicologica ha un impatto sui risultati postoperatori nei p operati in anestesia generale?



Fonte originale: Powell R., Scott NW., Manyande A., Bruce J., Vogele C., Byrne-Davis LM., Unsworth M., Osmer C., Johnston M., Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia, 2016 Mag; Cochrane Database Syst Rev. (5):CD008646. doi: 10.1002/14651858.CD008646.


Autore/i: Patrizia Davalli


Qualifica: Infermiera


Luogo di lavoro: Chirurgia d'urgenza – Azienda Ospedaliera – Universitaria Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna


E-mail: patrizia.davalli@aosp.bo.it

Data: dicembre 2018

 **Fonti dei dati:** Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL e Web of Science. Per ogni database consultato, è presente all'interno della revisione, un'appendice con le strategie di ricerca utilizzate per la selezione degli studi.


 **Selezione e accertamento degli studi:** La ricerca ha identificato inizialmente 5.116 studi, dei quali gli autori hanno incluso nella revisione 105 studi (da 115 articoli) in cui sono stati randomizzati un totale di 10.302 partecipanti, di questi studi 38 hanno misurato come esito il dolore postoperatorio (2.713 partecipanti), 36 la durata del soggiorno (3.313 partecipanti) e 31 gli affetti negativi (2.496 partecipanti). Nella revisione non sono stati applicati limiti di lingua e di data di pubblicazione degli studi. Le date di pubblicazione degli studi inclusi vanno dal 1970 al 2014 e sono stati condotti in diversi paesi. È stata effettuata anche una ricerca di altre risorse e sono stati contattati gli autori di studi pertinenti per identificare studi e dissertazioni inedite. Sono stati inclusi solo RCT, gli studi con un approccio non casuale (come l'alternanza), o dove non è stata menzionata la randomizzazione nella descrizione dello studio, sono stati esclusi


 **Pazienti:** I partecipanti agli studi inclusi nella revisione sistematica sono soggetti adulti (16 anni o più) sottoposti a chirurgia elettiva in anestesia generale, sono stati esclusi gli studi incentrati su gruppi di pazienti con morbidità psicologica diagnosticata. I partecipanti allo studio hanno subito un'ampia gamma di procedure chirurgiche: chirurgia cardiotoracica, chirurgia dell'anca o del ginocchio, interventi di colecistectomia, isterectomia e interventi al seno. Sono stati esclusi gli studi in cui i pazienti sono stati sottoposti ad anestesia locale.

 **Intervento:** La preparazione psicologica comprende una serie di strategie progettate per influenzare il modo in cui una persona sente, pensa o agisce (emozioni, cognizioni o comportamenti). La preparazione psicologica doveva essere eseguita prima dell'intervento affinché lo studio fosse incluso nella revisione, ma non si fa menzione su come l'intervento viene somministrato.


Sono state esaminate sette tecniche di preparazione psicologica:

1. informazioni delle procedure;
2. informazioni sensoriali;
3. istruzione comportamentale;
4. interventi cognitivi;
5. tecniche di rilassamento;
6. ipnosi;
7. interventi focalizzati sull'emozione.

 **Comparazione:** al gruppo di controllo sono state fornite informazioni sulla procedura a cui sarebbero stati sottoposti, ma non sono stati sottoposti ad alcuna preparazione psicologica.

 **Outcome principale:** I risultati principali misurati negli studi inclusi nella revisione sono due:

1. dolore postoperatorio, analizzato a riposo e durante il movimento, misurato attraverso diverse scale di misurazione;
2. recupero comportamentale, definito come la ripresa della abituale esecuzione di compiti e attività, misurato attraverso indici e scale di misurazione diverse.

 **Outcomes secondari:** I risultati secondari misurati negli studi inclusi nella revisione sono:

1. effetto negativo della preparazione psicologica sugli esiti postoperatori, misurato utilizzando più misure;
2. durata del ricovero in ospedale, misurata in giorni.

Risultati: Per i dati continui in cui gli studi hanno utilizzato le stesse unità di misura (durata del ricovero) sono state calcolate le differenze medie (MD) con un intervallo di confidenza (IC) del 95%. Per gli esiti di dolore postoperatorio e di effetti negativi in cui sono state utilizzate una varietà di scale di misurazione è stata calcolata la differenza media standardizzata (SMD). Per l'outcome del recupero comportamentale i risultati della revisione sono alquanto contraddittori quindi la qualità complessiva delle prove è stata valutata come "molto bassa".

Risultati complessivi

Tabella 1 - Interventi di preparazione psicologica e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD/MD (IC 95%)	I ²
Dolore	38	2.713	-0.20 (-0.35, -0.06)	71%
Durata del ricovero	36	3.313	-0.52 (-0.82, -0.22)	74%
Effetti negativi	31	2.496	-0.35 (-0.54, -0.16)	81%

Per gli outcome analizzati va sottolineato un livello di eterogeneità statistica tra gli studi.

Risultati per intervento

Tabella 2 - Informazioni procedurali e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		12	1051	-0.08 (-0.26, 0.09)
	Informazioni procedurali	2	186	-0.13 (-0.42, 0.16)
	Informazione procedurali +altri interventi	10	865	-0.08 (-0.29, 0.13)
Durata del ricovero		19	1983	-0.63 (-1.08, -0.18)
	Informazioni procedurali	1	76	-6.0 (-9.95, -2.05)
	Informazione procedurali +altri interventi	18	1907	-0.57 (-1.01, -0.13)
Effetti negativi		17	1334	-0.45 (-0.75, -0.16)
	Informazioni procedurali	3	269	-0.54 (-1.25, 0.16)
	Informazione procedurali +altri interventi	14	1065	-0.43 (-0.77, -0.10)

Tabella 3 - Informazioni sensoriali e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		11	881	-0.22 (-0.47, 0.02)
	Informazione sensoriali +altri interventi	11	881	-0.22 (-0.47, 0.02)
Durata del ricovero		14	1236	-0.71 (-1.15, -0.27)
	Informazione sensoriali +altri interventi	14	1236	-0.71 (-1.15, -0.27)
Effetti negativi		12	919	-0.55 (-0.90, -0.19)
	Informazione sensoriali +altri interventi	12	919	-0.55 (-0.90, -0.19)

Tabella 4 - Istruzioni comportamentali e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		21	1241	-0.14 (-0.33, 0.05)
	Istruzioni comportamentali	9	523	0.01 (-0.19, 0.21)
	Istruzioni comportamentali +altri interventi	12	718	-0.28 (-0.57, 0.01)
Durata del ricovero		25	2338	-0.51 (-0.84, -0.19)
	Istruzioni comportamentali	8	445	-0.26 (-0.55, 0.03)
	Istruzioni comportamentali +altri interventi	17	1893	-0.64 (-1.12, -0.16)
Effetti negativi		13	1183	-0.22 (-0.46, 0.02)
	Istruzioni comportamentali	3	472	0.18 (-0.19, 0.55)
	Istruzioni comportamentali +altri interventi	10	711	-0.37 (-0.65, -0.09)

Tabella 5 - Interventi cognitivi e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		6	355	-0.02 (-0.29, 0.25)
	Interventi cognitivi	2	136	-0.34 (-0.68, -0.01)

	Interventi cognitivi +altri interventi	4	219	0.17 (-0.09, 0.44)
Durata del ricovero		9	1074	-0.43 (-1.07, 0.22)
	Interventi cognitivi	2	77	0.62 (-0.74, 1.99)
	Interventi cognitivi +altri interventi	7	997	-0.59 (-1.27, 0.27)
Effetti negativi		5	251	-0.20 (-0.52, 0.12)
	Interventi cognitivi	3	173	-0.08 (-0.58, 0.42)
	Interventi cognitivi +altri interventi	2	78	-0.39 (-0.83, -0.05)

Tabella 6 - Tecniche di rilassamento e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		13	891	-0.46 (-0.81, -0.11)
	Tecniche di rilassamento	7	417	-0.71 (-1.29, -0.13)
	Tecniche di rilassamento +altri interventi	6	474	-0.19 (-0.58, 0.21)
Durata del ricovero		7	473	-0.97 (-1.94, -0.00)
	Tecniche di rilassamento	2	60	-0.80 (-2.25, 0.64)
	Tecniche di rilassamento +altri interventi	5	413	-1.08 (-2.39, 0.24)
Effetti negativi		11	687	-0.34 (-0.56, -0.12)
	Tecniche di rilassamento	4	256	-0.26 (-0.57, 0.04)
	Tecniche di rilassamento +altri interventi	7	431	-0.40 (-0.73, -0.08)

Le tecniche di rilassamento hanno effetti benefici statisticamente significativi sugli effetti negativi (SMD -0,34, IC 95% -0,56 a -0,12), ma non è statisticamente significativo quando si analizzano solo gli studi con trattamenti "puri".

Tabella 7 - Ipnosi e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Effetti negativi		2	72	-0.77 (-1.25, -0.30)
	Ipnosi + altri interventi	2	72	-0.77 (-1.25, -0.30)

Tabella 8 - Interventi focalizzati sulle emozioni e confronto con i gruppi di controllo

ESITO	INTERVENTO	N° DI STUDI	N° PARTECIPANTI	MISURE SMD (IC 95%)
Dolore		3	180	-0.42 (-0.85, 0.00)
	Interventi focalizzati sulle emozioni	1	18	0.12 (-0.76, 1.00)
	Interventi focalizzati sulle emozioni +altri interventi	2	162	-0.54 (-0.97, -0.10)
Durata del ricovero		3	212	0.14 (-0.67, 0.94)
	Interventi focalizzati sulle emozioni +altri interventi	3	212	0.14 (-0.67, 0.94)
Effetti negativi		4	201	-0.24 (-0.55, 0.07)
	Interventi focalizzati sulle emozioni	1	18	0.12 (-0.76, 1.00)
	Interventi focalizzati sulle emozioni +altri interventi	3	183	-0.30 (-0.66, 0.06)

Conclusioni: Questa revisione ha analizzato pazienti adulti sottoposti a chirurgia elettiva in anestesia generale. I risultati non possono, quindi, essere generalizzati a procedure non elettive o a quelle in cui viene utilizzata abitualmente l'anestesia locale, né si può presumere che una ricerca sui bambini porti a risultati simili. Il punto focale della revisione era il contenuto dell'intervento, cioè i tipi di tecniche psicologiche utilizzate, quindi non è stato esaminato come sono stati consegnati gli interventi. Le prove suggeriscono che la preparazione psicologica può essere utile per gli outcome analizzati ed è improbabile che sia dannosa, tuttavia, la forza delle prove non è sufficiente per giungere a conclusioni definitive sul suo ruolo e per essere utilizzata per formulare raccomandazioni per la pratica a causa della bassa qualità delle prove. Sono necessarie ulteriori analisi per esplorare l'eterogeneità dei dati e per identificare le tecniche di intervento che possono essere di beneficio, poiché negli studi esaminati erano spesso utilizzate in associazione.

Commento: Nonostante che per effettuare questa revisione sistematica siano stati fissati standard elevati, includendo solo studi randomizzati controllati e includendo per gli effetti negativi e il recupero funzionale solo studi in cui sono state utilizzate misure con proprietà psicometriche, nell'interpretazione dei risultati è necessario prestare attenzione, a causa dell'eterogeneità dei tipi di chirurgia, interventi e risultati. La maggior parte degli studi inclusi nella revisione sono stati valutati dagli stessi autori ad alto rischio di performance bias per l'assenza di cecità dei soggetti arruolati e del personale che ha effettuato l'intervento poiché di natura interattiva. La cecità dei soggetti

deputati alla valutazione dei risultati era invece più semplice, tuttavia solo in 42 (di 105) studi lo hanno segnalato e sono stati valutati “a basso rischio di performance bias”. Inoltre gli studi inclusi nella revisione analizzavano partecipanti adulti sottoposti a chirurgia elettiva in anestesia generale, dove non sono state fornite informazioni sull’anestesia, sono stati contattati gli autori dello studio per avere conferma, nei casi in cui non è stata fornita risposta, gli autori hanno consultato un chirurgo e un anestesista perché valutassero se quel tipo di intervento venisse eseguito in genere in anestesia generale e in base alla loro valutazione sono stati inclusi o esclusi. Questo procedimento è ad alto rischio di bias di selezione. Infine non possiamo escludere attrition bias perché come dichiarato dagli autori alcuni studi non presentavano una completa registrazione degli esiti. Gli studi con rischio elevato o poco chiaro di bias dovevano essere ridotti di peso nella meta-analisi rispetto agli studi a basso rischio, gli autori, infatti, avevano previsto che la meta-analisi sarebbe stata limitata agli studi a basso (o inferiore) rischio di bias, per questo motivo era stato pianificato di condurre una analisi di sensitività per determinare se escludere gli studi ad alto rischio che avrebbero influenzato i risultati, ma non è stato possibile a causa del basso numero di studi che sarebbero stati inclusi nella revisione.